FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE 451

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

JOSEPH-ANTOINE, Roch

né le 13 Août 1930 à SAIGON (Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES CANCERS DU COL UTERIN RESTANT

Président : M. Paul FUNCK-BRENTANO, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556003_0015

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : JOSEPH-ANTOINE

Prénom : Roch

Date de soutenance :

N° d'ordre !

1

JOSEPH-ANTOINE Roch
Les cancers du col utérin restant.
Paris Dact. In 4° 73 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P.1959

2

JOSEPH-ANTOINE Roch
Les cancers du col utérin restant.
Paris Dact. In 4° 73 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

3

JOSEPH-ANTOINE Roch
Les cancers du col utérin restant.
Paris Dact. In 4° 73 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

JOSEPH-ANTOINE Roch
Les cancers du col utérin restant.
Paris Dact. In 4° 73 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

JOSEPH-ANTOINE, Roch

né le 13 Août 1930 à SAIGON (Sud Viet-Nam)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES CANCERS DU COL UTERIN RESTANT

Président : M. Paul FUNCK-BRENTANO, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Strohl (A.) Tanon, (L.), Velter (E.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale		JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique		REDON (H.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu	MÉNÉGAUX (G.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale		LAMY (M.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais	DE GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)
	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie Sociale		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		SOULIÉ (P.)
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance		TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine légale		PIÉDELIÈVRE (R.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Parasitologie		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.)
Pathologie médicale		DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale		CHEYMOL (J.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		DOGNON (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		PATEL (J.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.), pr. s. ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	N... N...
Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr. s. ch. (dét.) NÉVOT (A.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr. s. ch. (dét.) DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOVSKI (J) SCHAPIRA (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Carcinologie	N... N...
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	N... N...
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. N... N...
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. DEPARIS (M.), pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch. (dét.) ABOULKER (P.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J. M.) N... N...
Pathologie expérimentale	LŒPER (J.) MAURICE (P.)
Pathologie médicale	HAGUENAU (J.), pr. s. ch BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PÉQUIGNOT (H.) RAMBERT (F.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N... N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) LOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J), pr. s. ch N...
Physiologie	BARJETON (D.), pr. s. ch PARROT (J.), pr. s. ch DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) N...
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	N...
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.)
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LÉGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique	DE SÈZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Humble témoignage d'amour filial et de reconnaissance.

A MA GRAND-MERE

Avec ma profonde affection.

A MES FRERES ET SOEURS.

A MES ONCLES ET TANTE.

MEIS ET AMICIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL FUNCK-BRENTANO,

Professeur de clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Toute notre gratitude pour son précieux enseignement.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR Henriette PALISSE

qui nous a inspiré le sujet de ce travail. Hommage respectueux.

A MON JURY DE THESE.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE PONDICHERY

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

I - INTRODUCTION

Le cancer du moignon cervical après hystérectomie Subtotale a préoccupé depuis longtemps chirurgiens et cancérologues.

Il a été de longues années un sujet de controverse entre Subtotalistes et Totalistes.

Depuis les progrès faits, d'une part dans les techniques de l'hystéréctomie Totale, d'autre part dans le domaine de l'anesthésie et de la réanimation, la différence de mortalité post-opératoire entre Subtotale et Totale est passée de 2% à presque zéro.

Cependant, la morbidité reste grande après une totale: blessures des uretères ou de la vessie, prolapsus vaginal, raccourcissement du vagin.

L'intérêt actuel de la question réside dans le fait qu'il existe deux catégories de cas :

a/- les CANCERS PRECOCES ou "Cancers restants du col", selon l'expression heureuse de DARGENT, survenant moins de trois ans après la Subtotale

b/- les CANCERS TARDIFS ou vrais cancers du col restant, survenant après ce délai.

Nos moyens actuels de dépistage précoce du cancer devraient permettre de rayer des statistiques les formes précoces et graves qui représentent 27 à 42 % de l'ensemble.

Notre étude porte sur vingt cas de cancers du moignon cervical, comprenant I7 cas relevés dans les dossiers de l'Hôpital BROCA (service du Professeur FUNCK-BRENTANO), au cours des années I956 - I957 - I958 , et 3 cas dûs à l'obligeance de Melle le Docteur H. PALISSE.

II - H I S T O R I Q U E

Le premier auteur qui a parlé de cancer du moignon cervical a été PEAN:

> " Je préfère ne pas conserver le col, car je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithéliomateux les années suivantes".

En I899 FLEISHMANN publie la première communication a la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Vienne.

RICHELOT en I905 publie à PARIS 24 cas et condamne la Subtotale.

En I906, J.L. FAURE estime la fréquence du cancer du col restant à I%.

En I9I0, CHAPUT, QUENU et LEJARS publient 40 cas.

En I9I9, DE ROUVILLE préconise l'évidement prophylactique du col après l'hystérectomie subtotale.

En I920, FRANK réunit 80 cas mondiaux.

Après I926 le nombre important de cas nouveaux entraine une scission entre Totalistes et Subtotalistes.

En I929 Rapport de MONOD à la Société Belge de Gynécologie, sur 78 cas.

DOR publie dans "Marseille Médical" en I932, 19 nouveaux cas et fait une mise au point de la question.

Puis de nombreuses publications se succèdent dans le monde, parmi lesquelles :

- SEJOURNET en I935 : 385 cas,
- MEIGS (Boston) en I936 : 80 cas (en 30 ans)
- LEFEBVRE et GOUZI, dans un rapport au 6° Congrès français de Gynécologie, citent en I937, 800 cas connus dans le monde.

- ENRICKSEN en I943 trouve 36 cancers sur 6.550 moignons de col.

- LAMARQUE et BETOULIERES (Montpellier) en I943 : 9 cas.

- PONTHUS et ROCHER , I944 : 4I cas.

- DARGENT en I950 publie une étude de 59 cas et insiste sur les accidents de la physiothérapie.

- BOUCARON: 9 cas (Thèse de Marseille I955).

- VOLET dans un Mémoire d'Assistant Etranger fait à Paris en I955 une étude synthétique de II68 cas connus depuis I900 (d'après PEARSE), et de I4 nouveaux cas de l'Hôpital BROCA (I950-55).

- SCHRIMPF publie en I956 24 cas (clinique Gynécologique de ROSTOCK).

- W. FINK (Allemagne) en I957 59 cas , I945-I956.

- R. FRICKE et DECKER, Clinique MAYO (Rochester U.S.A.)
  I08 cas de I9I5 à I930
  98 cas de I940 à I949

- R. CREADICK et DURHAM (Duke Hospital U.S.A.) de
  I940 à I955 : I83 cas.

Enfin citons le Rapport sur le diagnostic précoce du Cancer du Col au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique d'ALGER (Mai I952) par F. FUNCK-BRENTANO, R. MORICARD, R. PALMER et J. de BRUX.

et le 57° Congrès Français de CHIRURGIE (I955) consacré au "Cancer du Col utérin aux stades 0 et I" (Rapporteurs: G. ROUX, F. FUNCK-BRENTANO et R. MORICARD).

III - ETUDE COMPARATIVE DES CRITERES DU CANCER DU COL RESTANT.

A partir des vingt observations dont nous avons présenté des tableaux synoptiques à la fin du travail, nous allons essayer de dégager certains critères intéressants et les comparer avec les données classiques.

A/- INTERVALLE LIBRE

Quel délai doit s'écouler entre la date de l'hystérectomie subtotale et l'apparition des premiers signes cliniques, pour que l'on puisse parler de cancer du col restant ?

- DOR, MEIGS, LEFEBVRE et GOUZI le situaient à UN AN,

- PONTHUS et ROCHER à DEUX ANS,

- DARGENT dans sa statistique de II4 cas trouvait:
  55 cas avant 3 ans
  0 cas entre 3 et 5 ans
  56 cas entre 5 et 25 ans
  Ce "trou" de 3 à 5 ans, l'auteur l'attribuait au hasard.

- SCHRIMPF trouvait sur un total de 24 cas :
  20,8 % de 1 à 3 ans
  8,3 % de 3 à 5 ans,
  70 % de plus de 5 ans.

- VOLET estime que l'intervalle libre varie selon l'âge de la femme, lorsqu'elle a été opérée. Le délai serait d'autant plus long que la femme a été opérée plus jeune.

Sur nos vingt cas, nous trouvons des intervalles libres variant de 10 jours à 30 ans, avec une moyenne de 11 ans, se répartissant comme suit :

- 0 à 1 an : 4 cas
- 1 à 3 ans : 3 cas
- 3 à 5 ans : 2 cas
- 5 à 10 ans : 2 cas
- 10 à I5 ans : 2 cas
- I5 à 20 ans : 2 cas
- 20 à 25 ans : 3 cas
- 25 à 30 ans : 2 cas.

En estimant raisonnablement l'intervalle sain ou libre à 3 ans, cela nous donne :

- <u>7 formes précoces</u>
  ou cancers restants du col soit 35%

- <u>I3 formes tardives</u>
  ou cancers du col restant soit 65%

Le pourcentage des formes précoces est dans la limite des données classiques : 27 à 42 %.

Il ne faut cependant pas oublier que cette limite de 3 ans est arbitraire, puisque le début réel du processus cancéreux nous échappe complètement.

B/- FREQUENCE DU CANCER DU COL RESTANT

Elle est difficile à préciser. Pour avoir des renseignements exacts, il faudrait :

- connaître le nombre total des cancers du moignons cervical publiés à ce jour,

- la proportion entre le cancer du col "restant" et le cancer du col "tenant" pendant une même période,

- la proportion des cancers du col restant survenant chez des femmes suivies après leur hystérectomie subtotale.

I°/- Ce dernier calcul est rarement réalisable parce que les chirurgiens revoient rarement plus de 30% de leurs opérées d'autant plus qu'une femme de nouveau malade après une première opération, va souvent consulter un autre chirurgien.

Citons quelques données classiques :

- LECENE 1 pour 300 subtotales,
- GAGEY 3,5 pour 100 subtotales,
- DOR I9 cas pour 2.974 subtotales soit 0,64 %,
- PEARSE 8 cas sur 8I0 subtotales soit I%.

Retenons donc le chiffre de 1 cancer du moignon cervical pour 100 subtotales.

N'oublions pas que sur 100 pièces opératoires d'hystérectomie totale, il y a 2 cancers du col latents cliniquement.

Espérons qu'avec la surveillance périodique systématique de toutes les femmes ayant subi une subtotale, nous aurons à l'avenir une idée plus exacte de cette fréquence.

2/- Fréquence relative par rapport au cancer du col en général.

Dans ce cas, de nombreux résultats ont été publiés. Cette fréquence varie de 2 à 5 %

- PONTHUS et ROCHER 2,4%
- LAMARQUE 2%
- DARGENT 5,5%
  (52 cas pour 87I cancer du col)
- MEIGS (26 cas pour I2I8 cancers du col) 2,I%

- Mayo Clinic (Rochester) 6,8%
- S. LABORDE 2,9%
- COTTE et NOTTER 3%
- ULLERY (Ohio) 5,6 %
  (58 cas pour I027 cancers du col)

Il est à noter que les chiffres des centres anti-cancéreux sont plus élevés que ceux des chirurgiens.

A la clinique gynécologique de BROCA, nous avons fait le calcul portant sur I956 - I957 - I958:

En I956 : Sur 7I8 biopsies et 343 pièces opératoires, l'on a trouvé 54 cancers du col et 4 cancers du col restant, soit 7,4%.

En I957 : Sur 663 biopsies et 3I4 pièces opératoires, l'on a trouvé 59 cancers du col et 5 cancers du col restant, soit 8,4%.

En I958: Sur 847 biopsies et 4II pièces opératoires, l'on a trouvé 82 cancers du col et 4 cancers du col restant, soit 4,8%.

La moyenne des trois années nous donne le chiffre de 6,6%.

Il est bien dans les limites classiques.

C/- AGE DE LA MALADE

Il n'est pas différent de l'âge moyen du cancer du col en général, c'est à dire , 40 à 50 ans. Il varie légèrement en fonction de l'âge auquel la Subtotale a été pratiquée. Ceci est évident pour les formes survenant dans la première année après la subtotale, qui sont la plupart du temps une erreur de diagnostic. Pour les formes tardives, l'on ne peut rien en déduire.

Citons quelques chiffres :

- DOR sur I9 cas : 11 entre 40 et 60 ans
  5 entre 30 et 40 ans

- CREADICK et DURHAM (U.S.A.)
  sur I83 cas : 42% entre 40 et 50 ans
  20% entre 30 et 40 ans
  20% entre 50 et 60 ans

Pour notre part, sur 20 cas :

- 7 cas entre 40 et 50 ans (35%)
- 8 cas entre 50 et 60 ans (40%)

L'âge moyen est de 50 ans.

D/- PARITE DE LA MALADE

Il est classique de dire que le cancer du col survient chez les grandes multipares, celles dont le col a été le siège de traumatismes multiples et d'infections.

GAGNON de QUEBEC a montré que le cancer du col n'existait pratiquement pas chez les religieuses des couvents canadiens, dans une étude portant sur 13.000 religieuses pour une période de vingt ans.

Le Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève (1954) a apporté une confirmation : "Le col utérin chez la vierge est pratiquement à l'abri du cancer".

Or, nous avons été surpris de trouver parmi nos 20 observations, 5 nullipares, soit 25%, et 2 femmes n'ayant eu qu'un seul enfant.

Ceci est confirmé par de nombreux auteurs :

- CREADICK et DURHAM trouvent sur 183 cas 15% de nullipares,
- ULLERY et BISCA (U.S.A.) trouvent sur 82 cas 30 nullipares, soit 36% et 19 femmes ayant un enfant.

Ces auteurs font remarquer la précocité de l'hystérectomie Subtotale chez ces 30 nullipares : 9 ont été opérées entre 20 et 30 ans et 11 entre 30 et 40 ans.

- Enfin MEIGS, sur 26 cas, trouve : 6 nullipares et I2 femmes ayant un enfant. Il pense que le col de nullipare a tendance à être négligé lors de l'examen qui précède l'hystérectomie subtotale.

- VOLET sur 3I7 cas, cite 39 nullipares.

Le pourcentage des nullipares ayant un cancer du col restant est beaucoup plus élevé que celui des mêmes femmes ayant un cancer du col.

E/- AFFECTION AYANT MOTIVE LA SUBTOTALE

Elle est souvent difficile à retrouver, soit parce que la femme l'ignore, soit qu'on n'a pas fait le diagnostic histologique de la pièce opératoire.

Il est admis que la FIBROME, l'ANNEXITE et ce qu'on appelait la METRITE HEMORRAGIQUE sont à l'origine de la plupart des hystérectomies Subtotales.

- JEANNENEY (I929) trouvait le Fibrome dans 90% des cas.
- DOR (I932) sur I9 cas, cite :
  - 6 fibromes,
  - 6 annexites suppurées,

- 3 associations Annexite + Fibrome,
  Kyste de l'ovaire + Fibrome.

- LAMARQUE sur 9 cas 7 fibromes.

- LEFEBVRE et GOUZI remarquaient que l'Annexite était plus souvent en cause que le Fibrome dans les formes tardives (27 fois contre 20). De plus, l'association Fibrome et Cancer de l'Utérus se voit dans 4% des cas, ce qui constitue autant d'erreurs d'indication opératoire.

- MEIGS signalait I2 fibromes sur 23 cas et insistait sur l'association Fibrome et Stérilité.

- DARGENT trouve :

	Fibrome	Annexite	Kyste de l'ovaire
55 formes précoces	4I	7	4
59 formes tardives	34	I4	7

- CHOSSON sur I4 cas : 11 Fibromes
  3 Annexites

- ULLERY sur 4I cas : 27 fibromes

- FRICKE et DECKER : sur 84 cas
  - 46% Fibrome
  - I4% Annexite
  - I3% Métrorragies

- Enfin voici nos résultats :

	Fibrome	Annexite	K.O.	Endométriose
7 formes précoces	3	I	2	2
I3 formes tardives	8	3	2	

Nous remarquons donc que :

A/- Les Fibromes et les Métrorragies inexpliquées sont à l'origine de la plupart des formes précoces (74% dans la statistique de DARGENT). Ce groupe comprend: d'une part, les fibromes associés soit à un cancer du corps, soit à un cancer du col latent; d'autre part, le cancer de l'Endocol dont le diagnostic est plus délicat que celui de l'Exocol et qui est à l'origine de la plupart des métrorragies de cause indéterminée.

b/- Les Antécédents Infectieux, soit cervicite, soit annexite, ont été le plus souvent à l'origine de la Subtotale dans les formes tardives .

Etant donné la fréquence des épisodes infectieux chez la femme en période d'activité génitale, l'on ne peut certes pas préco-

niser l'hystérectomie Totale chaque fois. Mais la présence de l'élément infectieux devra inciter à un examen minutieux du col avant le choix de l'opération.

F/- L'INTERVENTION ELLE-MEME INFLUE-T-ELLE SUR L'APPARITION CONSECUTIVE DU CANCER DU MOIGNON CERVICAL ?

Autrement dit, le moignon cervical est-il plus exposé à la cancérisation que le col en place ?

On peut supposer que l'acte chirurgical pratiqué sur un utérus porteur d'une néoplasie méconnue, donne un coup de fouet à cette lésion et en aggrave le pronostic. Ceci est valable pour les formes précoces, qui ont suivi de très près l'intervention.

En dehors de ces cas, l'influence de l'acte opératoire est discutée.

Les uns, comme CHAPUT, POLLOSSON, VAYSSIERE, pensent que la vascularisation du moignon cervical est réduite, que le col mal irrigué, s'infecterait plus facilement que le col en place. La subtotale entrainerait aussi des perturbations lymphatiques et nerveuses au niveau du col restant.

Cependant LAMARQUE, puis LEVITTE dans sa thèse de Lyon (I937) enfin plus récemment CANDIANI, ont prouvé que la vascularisation du col reste satisfaisante, si ce n'est une certaine stase lymphatique. Non seulement, il n'y aurait pas d'ischémie, mais encore, il y aurait une hyperhémie locale.

J.L. FAURE pensait que "le col sain ne court pas de risque particulier, du fait de son isolement".

L'intervention, en elle-même, ne prédispose pas le moignon à la cancérisation.

G/- LA CASTRATION A-T-ELLE UNE INFLUENCE SUR LA DUREE DE L'INTERVALLE LIBRE ?

Elle entraine une atrophie du col et de l'épithélium vaginal. Mais il ne semble pas qu'elle entraine un risque supplémentaire de cancérisation.

En comparant la durée de l'intervalle libre chez des femmes ayant eu une Subtotale avec castration et chez d'autres ayant encore au moins un ovaire, VOLET conclue que "la suppression de la fonction ovarienne n'a pas de répercussions sur la durée de l'intervalle libre".

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE

A/- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les données classiques sont :

- en ce qui concerne les formes précoces ou cancers restants du col :

  Epithéliomas cylindriques surtout
  soit cancer de l'endocol,
  soit cancer du corps utérin.

  Epithéliomas pavimenteux
  baso-cellulaire ou spinocellulaire.

- en ce qui concerne les formes tardives ou cancers du col restant : presque toujours Epithéliomas Malpighiens soit Spinocellulaire, soit Basocellulaire soit Intermédiaire.

Pour PONTHUS et ROCHER, les cancers Malpighiens constituent 63% de l'ensemble.

Pour VOLET, ils sont rencontrés dans 9I,4%.

Une notion récente est venue s'ajouter à ce qui précède : l'Epithélioma Intra-Epithélial.

" C'est une lésion néoplasique maligne du revêtement du col sans envahissement du tissu conjonctif sous-épithélial" (MORICARD).

D'après le même auteur, la lésion débute à la zone de jonction entre l'épithélium malpighien de l'exocol et l'épithélium cylindrique de l'endocol, puis évolue :

- soit en surface vers l'exocol,
- soit vers l'endocol,
- soit par pénétration dans les glandes cervicales, sans rupture de la basale .

Histologiquement, la lésion est caractérisée par :

- la disparition du glycogène des couches superficielles de l'épithélium malpighien,
- la stratification anormale,
- la présence sur la lame d'au moins : plus de 50% de Mitoses anormales.

On trouve :

- soit une Polyploïdie, i.e., le nombre normal des chromosomes qui est de 48 dans l'espèce humaine, passe ici à 100 ou I50,
- soit une Précession chromosomique. Les chromosomes sont dispersés sur le fuseau achromatique, dès la métaphase, certains étant "en avance" sur d'autres.
- soit enfin des Mitoses Pluripolaires.

En ce qui concerne le cancer du col restant, la notion d'épithélioma intra-épithélial est sujette à deux remarques :

a/- d'une part ce diagnostic est difficile à poser sur un col restant, parce que "l'épithélium atrophique ou infecté comporte des zones d'hypoplasie, des cellules à noyaux géants et à nucléoles volumineux, sans prolifération", ceci étant lié à l'insuffisance en oestrogènes.

On ne posera ici que le diagnostic de dysplasie à noyaux irréguliers, l'invasion ne pouvant être affirmée que sur étude de coupes sériées.

b/- d'autre part, on ne rencontre pratiquement pas d'épithélioma intra-épithélial dans les formes tardives ou "vrais" cancers du col restant. Nous verrons que les stades cliniques II et III sont rapidement atteints dans ces cas.

On peut rencontrer par contre des épithéliomas intra-épithéliaux" dans les formes précoces, comme le prouvent nos observations n° 4 et 5.

Sur nos 20 observations, il est à noter que nous n'avons pas trouvé un seul cas de cancer cylindrique, même dans les formes précoces.

Voici le détail de nos données anatomopathologiques :

- Sur 7 cas précoces :
  - 2 épithéliomas intra-épithéliaux,
  - 1 épithélioma basocellulaire invasif,
  - 3 épithéliomas épidermoïdes peu différenciés,
  - 1 "polymitose" non précisée.

- Sur I3 cas tardifs :
    - 8 épithéliomas basocellulaires invasifs,
    - 1 épithélioma épidermoïde parakératosique,

Sur l'ensemble des I5 cas où le diagnostic histologique est précisé, nous avons :

- 66% épithéliomas basocellulaires
- I3% épithéliomas intra-épithéliaux.

B/- ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie varie suivant la stade auquel est diagnostiquée la lésion.

Elle ne diffère pas beaucoup de celle des cancers du col classiques.

Le signe le plus caractéristique est la Reprise des METRORRAGIES après un délai plus ou moins long.

C'est un signe capital dans les formes précoces, et qui ne prête à aucun doute.

Ce sont des pertes rosées ou du sang rouge, indolores, le plus souvent provoquées par la toilette ou par les rapports sexuels. L'écoulement est minime et répété.

La femme sachant qu'on lui a déjà enlevé son utérus, s'en inquiéte donc plus tôt et vient consulter.

Les pertes blanches peuvent survenir dans l'intervalle des

hémorragies.

Par l'examen au spéculum et par le toucher vaginal, on décrira :

- une forme BOURGEONNANTE avec gros col friable, végétant, saignant au contact,

- une forme ULCÉREUSE de dimensions variables, à base plus ou moins indurée,

- une forme INFILTRANTE avec gros col "sain" extérieurement, mais induré, soufflé.

Le cancer de l'ENDOCOL et l'épithélioma intra épithélial échappent souvent à un examen rapide. Ce sont les examens systématiques de dépistage qui feront le diagnostic.

Une fois le diagnostic clinique de cancer posé, il faut, par les touchers vaginal et rectal, apprécier le STADE D'EVOLUTION selon la classification clinique de la Société des Nations (Genève).

Rappelons-la rapidement :

Stade I limité au col

Stade II étendu à un ou deux culs de sac
à un ou deux paramètres
avec utérus encore mobilisable.

Stade III Utérus fixé - paramètres infiltrés jusqu'au cadre osseux.

Stade IV Vessie et rectum envahis.

Il convient d'ajouter que, dès le Stade I dans 20% des cas environ, les ganglions lymphatiques sont envahis.

A quel stade trouve-t-on les cancers du col restant ?

Pour CREADICK et DURHAM :

Sur I69 cancers invasifs	43 Stade I
	36 Stade II
	49 Stade III
	4I Stade IV

Pour ULLERY et BISCA :

Sur 82 cancers du moignon	2I Stade I
	24 Stade II
	27 Stade III
	II Stade IV

Pour FRICKE et DECKER (Mayo Clinic)

Sur 57 cancers tardifs	20% Stades I et II
	80% Stades III et IV
Sur 42 cancers précoces	7% Stade II
	93% Stade III et IV

Pour VOLET	28,2% Stade I
	32,8% Stade II
	29,8% Stade III
	9,2% Stade IV

Sur nos 20 cas, si nous éliminons les deux épithéliomas intra-épithéliaux et sept cas où le stade clinique n'a pas été précisé, cela nous donne :

- formes précoces : 2 stade I
  I stade III

- Formes tardives 2 Stade I
  4 Stade II
  2 Stade III

Dans l'ensemble, ces donnés prouvent que l'épithélioma du col restant est le plus souvent à un stade avancé lorsque le diagnostic est fait, surtout en ce qui concerne les formes précoces.

La surveillance périodique systématique des femmes opérées de Subtotale, devrait permettre le diagnostic à un stade plus précoce et, partant, améliorer les résultats thérapeutiques.

Passé le stade de début, la symptomatologie du cancer du col restant ne diffère pas de celle du cancer du col classique:

Métrorragies, douleurs à type de pesanteur périnéale, hypogastrique, compressions des urètères, de la vessie, du Rectum, compressions des troncs nerveux, d'où névralgies intolérables. Asthénie, anémie, amaigrissement.

Le moignon est alors enfoui dans une gangue scléreuse s'étendant à tout le pelvis.

La mort survient dans la cachexie et souvent par Urémie.

Tous ces signes ne devraient plus se rencontrer, puisque tout le but de la cancérologie moderne est de dépister précocément le cancer du col aussi bien "tenant" que "restant".

C'est pourquoi, nous insisterons particulièrement sur la prophylaxie.

V - PROPHYLAXIE

A/- L'HYSTERECTOMIE TOTALE

Pour éviter qu'un organe se cancérise, il est logique de l'enlever. Etant donné la gravité du cancer du moignon cervical et les résultats décevants de son traitement, les auteurs américains préconisent la généralisation de la pratique de la Totale, chaque fois qu'il faut enlever l'utérus.

ULLERY et BISCA (OHIO) ne font plus de Subtotale depuis I955 et publient à l'appui une statistique de I866 Totales sans aucune mortalité.

PALMER en France est résolument totaliste " dès l'instant où les règles ne peuvent être conservées", comme dans l'hystérectomie supra-isthmique.

La totale a pour avantages :

- d'éviter les cervicites chroniques du moignon,
- de supprimer le risque de sa cancérisation.

Le diagnostic de FIBROME ne doit pas suffire à poser l'indication de la Subtotale.

Il faut savoir que le fibrome est associé au cancer du corps de l'Utérus dans 1% des cas, et au cancer du col dans 3% des cas.

L'examen soigneux des clichés hystérographiques, et au besoin, un curettage biopsique et des Frottis de dépistage élimineront le moindre doute de cancer du corps.

L'examen pré-opératoire du col, tel que nous l'exposerons dans les pages suivantes, révèlera l'éventualité d'un cancer du col.

Lorsque l'on intervient pour Tumeur de l'ovaire, si l'on doute de sa bénignité, si elle comporte des végétations exokystiques, il ne faut évidemment pas laisser le col en place.

Enfin, lorsque le col est atteint d'une cervicite chronique rebelle ou d'une dysplasie, la Totale est préférable.

Dans ces cas précis, l'indication de la Totale ne souffre pas de discussions.

Mais dans les autres cas, la Totale est-elle toujours anodine ?

J.L. FAURE disait déjà : "Il n'est pas possible que la Totale ne soit pas plus grave. On ne peut l'imposer dans tous les cas ".

Si, depuis J.L. FAURE, la Totale a bénéficié des progrès de technique, de l'anesthésie et de la Réanimation, si la Mortalité supplémentaire par rapport à la Subtotale est tombée de 2% à presque zéro, la Morbidité post-opératoire reste élevée: prolapsus vaginal, raccourcissement du vagin et surtout lésions des Uretères.

De plus, DARGENT en I950, en comparant les cancers du col restant et du vagin restant, a pu conclure qu"il n'y a pas plus de cancer sur col restant que sur vagin restant".

Notre Maître, le Professeur FUNK-BRENTANO, dans son Rapport au Congrès de Chirurgie de I955, a énuméré les avantages indéniables que procure à la femme la Subtotale, à savoir :

- la conservation du "coin" utérin utile au maintien de la statique pelvi-périnéale,

- la conservation de la norme du fond vaginal pour l'acte sexuel,

- la facilité dt la sécurité de la technique Subtotale.

Ces arguments sont d'autant plus valables que l'on assiste depuis ces dernières années à un "rajeunissement" du fibrome et que les femmes opérées sont de plus en plus jeunes (2 à 4% des fibromes avant 30 ans).

Donc, l'hystérectomie subtotale et la Supra-Isthmique doivent garder toutes leurs indications, à deux conditions :

- avant l'opération, le col utérin doit être aussi minutieusement examiné que dans un centre de dépistage,

- après l'opération, la patiente doit être avisée de la conservation de son col. Elle devrait être suivie périodiquement.

Nous analyserons ces deux points importants dans les pages suivantes.

Citons pour mémoire, ce que DOR appelait Moyen-Terme, à savoir l'Evidement large du col à la De ROUVILLE, accompagnant l'hysté rectomie Subtotale.

Dès I926, LECENE et ROBERT MONOD condamnaient cette technique, qui ne met pas le moignon à l'abri d'un cancer ultérieur, d'autant plus que la majorité des épithéliomas sont dans ce cas pavimen-teux.

B - L'EXAMEN PRE-OPERATOIRE DU COL

Si le test de SCHILLER est connu depuis longtemps, l'apport récent de la colposcopie et de la cytologie cancéreuse a contribué à renforcer les moyens de dépistage.

Ce dépistage exige une collaboration entre le médecin praticien le spécialiste et l'homme de laboratoire.

Après avoir analysé en détail les divers examens à faire, nous préciserons le cadre de cette collaboration.

a - L'examen au spéculum

Trop souvent négligé, cet examen élémentaire révèle déjà pas mal de lésions cervicales: tout d'abord, les végétations plus ou moins nombreuses, plus ou moins saignantes et friables, ou les cratères plus ou moins profonds, signent la nature invasive de la lésion. Ceci est heureusement rare, et de toute façon sans intérêt énorme, le traitement de la lésion maligne du col supplantant la subtotale que l'on se proposait de faire.

Plus souvent le speculum révèle la banale érosion métritique, zone rosée ou rouge "tranchant" sur le reste de l'exocol ou la leucoplasie, zone blanc nacré sur fond rose.

Il faudra se méfier particulièrement :

- des lésions "lie-de-vin" à bords nets, vernissés (BRET),

- des lésions très vascularisées, excentrées par rapport à l'orifice cervical, à bords nets (NETTER),

- de tout saignement provoqué par le spéculum.

Si aucune lésion n'est visible sur le museau de tanche, il ne faut pas oublier de faire l'EPREUVE DES VALVES du spéculum de CUSCO. Elle consiste à exprimer le col entre les deux valves de l'instrument, ceci, deux à trois fois.

Provoque-t-on une issue de sang par l 'orifice cervical ? Dans ce cas, il faudra rechercher particulièrement une lésion andocervicale, par le frottis endocervical et la cervicographie. Nous y reviendrons.

b - Le test de SCHILLER

CLAUDE BERNARD a établi en 1852 que le glycogène mis au contact de l'iode, prend une couleur brun-acajou.

SCHILLER en 1926, a appliqué ce principe à l'épithélium pavimenteux de l'exocol.

En 1936, PALMER, puis MOCQUOT en ont été les protagonistes en France.

Technique :

Moucher le col de sa glaire. Avec un tampon monté sur une pince et imbibé de solution de Lugol (Iode 1 g Iodure de Potassium 2 g Eau distillée 100 cc), badigeonner deux à trois fois le col. Eponger. Trente secondes environ après,

l'exocol prend une coloration brun acajou foncé, uniforme. L'épithélium cylindrique endocervical reste rose et la limite avec l'exocol est nette.

Cependant, en ce qui concerne le col restant si la subtotale a été faite sans conservation des ovaires, la coloration obtenue avec le Lugol n'est pas brun-acajou, mais chamois, de plus en plus clair à mesure qu'on séloigne de la date de la castration.

Il convient alors de "revaloriser" ce test par l'injection de 2 mgr de benzoate d'oestradiol ou par la mise en place de comprimés gynécologiques d'éthinyl-oestradiol, six jours de suite. Quarante huit heures après, la coloration brun-acajou réapparait.

Lorsque le col n'est pas normal, que donne le test de Schiller ?

Essentiellement trois aspects :

1/- Tache rouge à bords nets

- soit Ectropion : Eversion de la muqueuse cylindrique vers l'exocol,

- soit Erosion : Epithélium de régénération mince à cet endroit, de telle sorte qu'on voit par transparence les vaisseaux du chorion.

Lésions bénignes en principe, mais à confirmer parce que certains cancers au début peuvent se présenter ainsi :

2/- Tache blanche à contours flous

Modifications fonctionnelles bénignes avec diminution progressive du glycogène sur les bords.

- soit Métrite, Vaginites, "Colpites",

- soit Atrophies post ménopausiques

ce qui s'applique souvent au cas particulier du col restant.

Ces tâches évoluent en général, par le traitement aux oestrogènes sus-décrit ou par le traitement anti-infectieux, vers la couleur brun-acajou.

3/- Tache blanche à contours nets

ou encore "zone iodo-négative à bords nets", comme "tracés à la pointe du bistouri".

Il s'agit d'une Dysplasie, i-e, d'absence de glycogène à cet endroit.

Normalement les 3 couches superficielles de l'épithélium vaginal et exocervical ont une charge importante de glycogène.

Ici cet épithélium dépourvu de glycogène est atypique ou anormal.

- Quatre fois sur cinq, la Dysplasie est dite Régulière avec conservation de la stratification normale de l'épithélium pavimenteux. C'est l'Atypic-épithéliale bénigne de HINSELMANN.

Cette dysplasie peut s'accompagner d'une parakératose ou leucoplasie, ou d'une hyperactivité basale avec une couche basale épaisse.

Ces lésions peuvent se cancériser dans un délai variable. C'est pourquoi , il sera préférable de poser l'indication d'une hystérectomie Totale.

- Une fois sur cinq, la Dysplasie est dite Irrégulière, avec bouleversement architectural, mitoses en surface et parakératose en profondeur. C'est l'Atypie épithéliale aggravée" de HINSELMANN.

Dans ce groupe, "lorsque plus de 50% des mitoses sont anormales, avec polyploïdie, précession chromosomique et pluripolarité, lorsque la basophilie domine, on peut parler d'épithélioma intra-épithélial" (MORICARD).

A fortiori, ces lésions feront rejeter l'indication "subtotale" et bénéficieront d'un traitement adéquat.

En résumé , le test de Schiller est surtout valable pour les cols en apparence sains, non ulcérés, non végétants.

Il ne peut en rien affirmer la nature bénigne ou maligne d' une lésion.

Chaque fois qu'il y a une tache, il faut poursuivre les examens, en particulier faire une colposcopie.

Enfin, il faut savoir que le test de Schiller est faillible du moins dans de rares cas. "L'épithélioma est compatible avec une charge en glycogène abondante dans 2,7% des cas" (thèse de CARTIER I955 inspirée par MORICARD).

c - La colposcopie

C'est l'examen du col utérin avec une loupe binoculaire grossissant au moins 10 fois, avec éclairage axial puissant, et à une distance de 20 cm environ.

Cet examen est comparable à l'examen à la loupe en Dermatologie.

HINSELMANN de Hambourg , en a été le précurseur en I925. PALMER en a introduit la pratique en France.

Aujourd'hui, la plupart des auteurs européens l'utilisent. Les américains restent cependant réticents.

Buts de la Colposcopie :

1/- Dépister les taches iodo-négatives bénignes (Ectropions) et éviter ainsi les Biopsies inutiles.

A la clinique gynécologique BROCA de I950 à I953, sur 739 Schillers négatifs, il n'a été fait que 4I5 biopsies après colposcopie.

2/- Diriger la Biopsie avec précision.
Dans 80% des cas dans la zone de jonction

entre les deux épithéliums pavimenteux et cylindrique.

3/- Prouver que les Dysplasies et les lésions malignes qui peuvent leur succéder, proviennent de la cicatrisation defectueuse de l'ectopie.

Mais la colposcopie nécessite un apprentissage plus ou moins long et un appareillage spécial.

Technique :

Si l'on a fait un "Schiller", il faut attendre environ trente minutes.

Avant tout toucher vaginal, placer un spéculum à valves courtes, en métal mat, sans lubréfiant. Mettre au point.

- Observer le col "sans préparation",

- Badigeonner ensuite avec de l'Acide Acétique à 3% qui fait ressortir l'ectropion et l'ectopie,
  Les lésions visibles après acide acétique sont en général plus bénignes que celles visibles d'emblée.

- Enfin, badigeonner avec du Lugol à 1% pour examiner les limites de la tache.

Que voit-on par la colposcopie ?
- Le col idéal n'est visible que dans IO% des cas.

- La multipare a très souvent un ECTROPION ou une ECTOPIE, caractérisés par des grains ronds ou allongés, roses, trans-

lucides, groupés en "grappes de raisins". C'est une lésion en général bénigne. On peut rassurer la patiente et la conservation du col est réalisable, si l'on a la possibilité de la surveiller.

- L'épithélium cylindrique ainsi ectopié, n'est pas dans son milieu habituel et subit un remaniement. La cicatrisation se fait, soit par glissement centripète de l'épithélium pavimenteux qui recouvre progressivement les zones d'ectopie, soit par la métaplasie pavimenteuse de ces ilôts d'ectopie.

A la colposcopie, cela donne une ZONE ROUGE avec des ilôts de grains translucides, des oeufs de Naboth au sommet desquels , on distingue parfois l'orifice du canal excrétent de la glande kystique.

- Lorsque le Remaniement est ATYPIQUE trois sortes d'aspects le caractérisent :

1/- La LEUCOPLASIE ou zone blanc nacré - iodo-négative, vernissée, luisante,

2/- La MOSAIQUE ou carrelage polygonal plus ou moins irrégulier, dont les travées sont formées d'une série de points rouges correspondant aux capillaires profonds vus par transparence.

3/- La BASE de leucoplasie ou zone blanche parsemée d'un piqueté rouge.

Sont suspects les cols ou l'on trouve :

- une association des trois aspects sus-décrits sur un fond de ZONE ROUGE ATYPIQUE où l'on ne reconnait pas de grains d'ectopie,

- une leucoplasie visible sans acide acétique, ou bosselée, verruqueuse, exophytique,

- une base surélevée, hypervascularisée avec vaisseaux en tire-bouchon qui serait déjà l'expression d'un "microcarcinome", lésion déjà invasive,

- les zones iodo-négatives où la colposcopie ne décèle rien d'anormal.

Remarquons, pour finir, que la colposcopie ne constitue qu'une présomption et doit toujours être confirmée par l'Histologie.

A une même image colposcopique, peuvent correspondre des lésions histologiques très diverses.

d - Les FROTTIS VAGINAUX ET CERVICAUX

Ils occupent une place de choix dans le dépistage du Cancer du col.

PAPANICOLAOU en a été le promoteur en 1923. La méthode est largement appliquée en Amérique.

En France, SICARD, VARANGOT, NETTER et DE BRUX, ont été les premiers à l'utiliser.

Avantages :

1/- Le prélèvement est facile, indolore.
Le malade doit s'abstenir de toilette locale ou de rapport sexuel, un jour avant le prélèvement.

Avant le toucher vaginal, avant le test de Schiller, placer un spéculum.

Prélever au moins en 3 endroits :
- cul de sac vaginal postérieur ou latéral,
- Exocol,
- Endocol.

Pour le vagin et l'exocol, la spatule d'AYRE, en bois, convient le mieux.

Pour l'endocol, le tampon de coton monté sur pince, est d'habitude utilisé.

Aussitôt après l'étalement, les lames doivent être plongées dans un mélange à parties égales d'alcool à 95° et d'Ether.

2/- La desquamation des cellules malignes est d'autant plus abondante que le cancer est au début.

3/- C'est le moyen essentiel de diagnostic du cancer de l'Endocol, bien que les cancers cylindriques soient réputés desquamer moins que les cancers pavimenteux.

Limites :

La méthode n'est pas à l'abri des critiques et ses détracteurs sont nombreux:

1/- Il n'y a pas de critère morphologique rigoureux de la cellule cancéreuse. Le frottis alerte. Il n'affirme pas.

2/- Le frottis ne renseigne ni sur le siège, ni sur l'évolutivité du cancer. Seule l'étude anatomopathologique des coupes sériées, le peut.

3/- Les colpocytologistes compétents sont rares. La lecture des frottis est longue surtout dans les cas douteux et la fatigue du lecteur entraine une augmentation des erreurs de diagnostic.

Le colpocytologiste ne doit pas être en même temps anatomopathologiste, pour une même malade.

4/- Il y a des causes d'erreurs indépendantes du lecteur:

- l'Infection . dans ce cas, traiter pendant cinq jours par les antibiotiques et refaire l'examen.

- l'Atrophie (ménopause ou col restant) Refaire l'examen après deux injections de 2 mgr de benzoate d'oestradiol.

Classification de PAPANICOLAOU :

Classe I - Frottis négatif. Cellules normales

Classe II - Frottis négatif
cellules inflammatoires - dyskaryose bénigne - cytolyse -

Classe III - Frottis suspect
Atypies cellulaires entre le bénin et le malin.
A refaire ou à suivre.

Classe IV - Frottis positif
Cellules "cancéreuses" en petit nombre.

Classe V - Frottis positif
Cellules "cancéreuses" en grand nombre.

Les "faux positifs" correspondent à une biopsie négative. Ils ont le mérite d'alerter et de faire répéter les biopsies en "bonne" place.

Les "faux négatifs" sont rares et se voient plutôt dans les cancers cliniquement évidents.

En résumé, les frottis cervicaux et vaginaux sont une méthode d'alerte de premier ordre et par leur simplicité doivent constituer un temps essentiel de l'examen pré-opératoire du col utérin.

a - La CERVICOGRAPHIE

Lorsque l'épreuve des valves du spéculum a été positive, lorsque du sang est sorti par l'orifice cervical, la cervicographie associée au frottis endocervical ou au curettage de l'endocol, est un temps essentiel du diagnostic du cancer de l'endocol.

Elle sera faite , après antibiotiques et antispasmodiques, au lipiodol fluide ou à la diodone-polyvidone (organo-iodés hydrosolubles).

Elle révèlera, surtout sur les clichés dévacuation, des "lacunes", "Becs de flûte" sur les bords du canal cervical.

Elle peut aussi détecter l'envahissement de l'endocol par un épithélioma exocervical.

f - L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diagnostic positif de cancer ne peut être posé que par la BIOPSIE.

Le problème est de la faire "au bon endroit".

Cependant, la biopsie elle-même ne peut estimer l'extension du processus cancéreux.

Technique :

1/- Sur l'EXOCOL

- Prélever en pleine zone suspecte révélée par le test de Schiller ou par la colposcopie, presque toujours en bordure de la zone de jonction. Le prélèvement se fait en général au moyen d'une "pince à l'emporte-pièce" de DOUAY.

Si cette biopsie est seulement suspecte, il vaut mieux la completer par une BIOPSIE EXERESE à l'Anse galvanique. Avec une anse fine, coupante et un appareil à lampes, on prélève une série de copeaux en portant 2 mm en dehors de la zone suspecte, et en pénétrant de 5 mm en profondeur (PALMER). L'anesthésie est inutile. Une touche

de coagulation arrête, au besoin, l'hémorragie. Cette technique consitute également un traitement curatif des dysplasies.

- Si l'on fait une biopsie, sur simple alerte par frottis, sans Schiller ou colposcopie, où effectuer le prélèvement ? On a le choix entre :

  - prélever une série de fragments, aux 4 points cardinaux du col, en bordure de la zone de jonction,

  - faire une CONISATION du col, i.e, prélever un tronc de cône dont la base passe en dehors de la zone de jonction et qui remonte assez haut vers l'endocol. Cette technique nécessite une anesthésie générale et une hospitalisation de trois jours. (VARANGOT)

2/- Sur l'ENDOCOL

Choisir entre :

- la Conisation,
- la Biopsie dirigée par la cervicographie, et exécutée à l'aide de la "Pince à polypes cervicaux " (PALMER),
- le Curettage dirigé par la cervicographie

Pour en terminer avec l'examen pré-opératoire du col, essayons de voir ce que doit être cette collaboration entre le praticien, le spécialiste et l'homme de laboratoire, que nous évoquions plus haut.

Tout praticien ou tout chirurgien examinant un col avant de pratiquer une subtotale, doit faire au moins un test de Schiller et une épreuve des valves du spéculum. Si ces tests sont positifs, la patiente sera confiée à un spécialiste, pour subir une colposcopie ou une cervicographie.

Le praticien devrait également faire, chaque fois que possible, des frottis de dépistage.

Dans tous les cas, c'est la biopsie et l'Anatomie pathologique qui affirmeront le diagnostic de cancer.

En ce qui nous concerne, la révélation d'une Dysplasie du col, doit suffire à rejeter l'indication de la subtotale.

A fortiori, si un cancer est révélé, le traitement adéquat sera appliqué

C /- La SURVEILLANCE PERIODIQUE des femmes ayant subi une hystérectomie subtotale.

Tout d'abord, il faut avertir la femme de la conservation de son col utérin.

On lui demandera de se faire examiner tous les trois mois pendant la première année; puis tous les six mois, les années suivantes.

On lui conseillera de consulter à la moindre alerte : hémorragies ou pertes. A chaque visite, on lui fera au moins un frottis cervical et vaginal , et si possible un "Schiller" et une colposcopie. Ceci permettrá de traiter les états

infectieux fréquents sur col restant, et d'intervenir à la moindre alerte.

Les auteurs américains pensent que la surveillance des femmes hystérectomisées doit durer toute leur vie.

VI - TRAITEMENT DU CANCER DU COL RESTANT ET RESULTATS

Le traitement est difficile et les résultats en sont décevants.

Comme pour le cancer du col en général, nous avons à notre disposition la Chirurgie, la Curiethérapie et la Roëntgenthérapie.

Deux points particuliers sont à signaler :

a/- La réintervention est difficile, du fait des modifications anatomiques locales. Les uretères sont attirés, déviés et coudés. La vessie, basculée en arrière, recouvre la partie haute du moignon et tombe de chaque côté de lui. Elle adhère plus ou moins à la cicatrice et rend le repérage du moignons difficile, d'autant plus que par voie haute, le repère "corps utérin" est ici absent.

b/- La Curiethérapie intra-cervicale est limitée du fait de la briéveté du canal cervical. On est souvent obligé de se contenter d'une curiethérapie vaginale. Les doses sont ainsi insuffisantes.

L'absence du corps utérin "écran" et la proximité de la vessie, exposent à des radio-nécroses redoutables portant sur la vessie et le rectum, sur lesquelles DARGENT en 1950, à insisté.

Sur 43 formes précoces, il a trouvé :

- 7 complications rectales,
- 5 complications vésicales,
- 1 fistule intestinale.

Sur 42 formes tardives, il a trouvé :

- 2 complications iléales,
- 7 complications rectales,
- 2 complications vésicales.

L'irradiation du grêle entraine le phlegmon pyo-stercoral avec cachexie et mort rapide.

La position thérapeutique des anciens auteurs, en raison de la difficulté de la ré-intervention et des 50% de mortalité (J.L. FAURE) qu'elle entrainait, était en faveur du traitement par le Radium et les Rayons X.

DARGENT avait opté pour la conduite suivante :

- radium vaginal,
- radiothérapie abdominale
- puis cervicectomie et lymphadenectomie pelvienne.

Cependant la notion relativement récente que, même au stade I, les ganglions sont atteints dans 20% des cas, a fait réviser la conduite thérapeutique. Ces ganglions, seule la chirurgie élargie peut les atteindre. Ils font partie de :

- la chaine iliaque externe, groupe moyen et interne, essentiellement le ganglion principal de LEVEUF et GODARD,

- la chaine iliaque interne: ganglion de la bifurcation,

- la chaine iliaque-primitive accessoirement.

De plus, les cancers cylindriques de l'endocol sont classiquement radio-résistants.

TECHNIQUES :

A - RE-INTERVENTION CHIRURGICALE

Notre Maitre , le Professeur FUNCK-BRENTANO opte pour la "cervicectomie abdominale élargie", réalisant au stade I, une exérèse ganglionnaire correcte des ganglions iliaques externes et hypogastriques.

Il faut savoir libérer le péritoine vésical en partant en arrière du col, pour ne pas blesser la vessie.

" La recherche de l'uretère et sa dissection seront menées avec une rigoureuse prudence au contact d'un péritoine souvent adhérent et ayant toujours perdu sa souplesse du fait de la sclérose cicatricielle".

L'éventualité d'une fistule vésico-vaginale secondaire par ischémie, est toujours possible.

D'autres auteurs, tels que BROCQ et H. ROBERT préconisent l'amputation élargie du moignon par voie vaginale, avec adénectomie iliaque par voie extra-péritonéale.

Enfin , AMELINE pratique la colpohysterectomie élargie par voie combinée à deux équipes.

B - RADIUM

Au Service de Physiothérapie de l'Hôpital BROCA (Dr. PERROYÔ) la technique suivante est appliquée:

Après : Urographie I-V, gynécographie, radiographie pulmonaire, examen général, recherche d'une annexite, enfin , si nécessaire, cystoscopie et rectoscopie.

Sous anesthésie générale, dilatation du col, mise en place dans le canal cervical d'une :

- sonde avec tube de 10 mgr) pendant 7 jours.
- bouchon précervical: 10 mgr)

Mèchage serré et vérification radiographique de la mise en place.

Dans un second temps :

- Colpostat avec 2 tubes: 20 mgr pendant 7 jours (un tube dans chaque cul de sac).

Six à huit semaines après la fin de l'application du Radium, consultation Radio-chirurgicale et prise de décision opératoire ou d'abstention opératoire avec radiothérapie complémentaire.

C - RADIOTHERAPIE

Soit Endo-cavitaire (endo-vaginale): 10 séances de 600 r chacune,

Soit Péri-pelvienne: 4 champs (2 antérieurs; 2 postérieurs) 3000 r par champ, ce qui fait I2.000 r

Incidents : fatigue, anémie, troubles urinaires et rectaux,

Associer : vitamines B 12 - B6 - PP.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

- Au STADE 0, Epithélioma "intra-épithélial", l'amputation du col et l'ablation d'une large collerette vaginale semble suffire dans nos deux observations 4 et 5. Mais le recul n'est que d'un an.

- Au STADE I, l'association "RADIUM-CHIRURGIE" est généralement employée.

Notre Maître, FUNCK-BRENTANO estime que dans le cas particulier du col restant, le RADIUM contribuerait à exagérer la sclérose des tissus, partant, les difficultés opératoires

Il conseille la CHIRURGIE en premier lieu, puis d'après l'histologie , des ganglions prélevés, l'abstention ou le complément radiothérapique.

Rappelons que DARGENT préconise :

- Radium vaginal,
- Radiothérapie abdominale,
- Chirurgie.

- Au STADE II, outre le RADIUM et la RADIOTHERAPIE, la gamma-thérapie par Cobalt 60 est utilisée.

- Au STADE III, RADIOTHERAPIE PERI-PELVIENNE à hautes doses.

MULLER de Zürich, préconise l'injection directe dans les tissus cancéreux de solutions d'Au I98 (Or Radio-actif) ou de Radio-Zinc (par exemple 20 mC dans 4 cc de solution).

- Au STADE IV, outre la PHYSIOTHERAPIE, la CHIRURGIE PALLIATIVE :
  - urétérostomies cutanées,
  - ré-implantations urétéro-vésicales,
  - dérivations dans le rectum,
  - les Pelvectomies et la chirurgie de la douleur: libération des nerfs, cordotomies latérales ou leucotomies pré-frontales.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Nos observations sont trop récentes pour que nous puissions en tirer des conclusions. Signalons cependant :
- sur 2 Epithéliomas intra-épithéliaux, 2 survies de 1 an,
- parmi les formes invasives :
  - Au Stade I : 3 survies de 1 an,
  - Au stade II : 1 survie de moins d'1 an.
  - une malade cédédée 6 ans après le diagnostic de cancer.

Citons les chiffres de divers auteurs :

- LAMARQUE : 33% survies de 5 ans,

- PONTHUS : I9% survies de 30 mois,

- S. LABORDE: Sur 27 cas, 10 guérisons de 2 à 10 ans,

- DARGENT : Sur I2 cancers précoces (Stade I), 4 survies de 3 ans,
  Sur I4 cancers tardifs, 9 survies de 3 ans.

- VOLET : Sur II68 cancers du Col restant :
  - 46% : décès
  - 35% : survies de moins de 5 ans
  - I9% : survies de 5 ans.

- SCHRIMPF (Rostock): Sur 9 cas traités par Rd-RX :
  - 5 morts par récidive,
  - 3 survies de 5 ans,

  Comme pourcentage général : 44% de "guérison à 5 ans" pour le cancer du moignon, contre 28,4% de "survie à 5 ans" pour le cancer du col en général.

- ULLERY (Ohio): Sur 82 cas : 35% de "survies à 5 ans",

- FRICKE et DECKER (Mayo Clinic): Dr I940 à I949 :

  Sur 74 formes tardives: 50 "survies à 5 ans", soit 65%,

  Sur I3 formes précoces : 4 "survies à 5 ans", soit 30%.

D'après ces données, il apparait que les formes précoces sont beaucoup plus graves que les formes tardives.

Les résultats du traitement du cancer du col restant "vrai" sont sensiblement équivalents à ceux obtenus avec le cancer du col en général.

VII - O B S E R V A T I O N S

TABLEAUX SYNOPTIQUES

ANNEE I956 - Obs. n° 1
Mme Cl... 52 ans

Parité : (I F.C.
(1 Acc.

Date du S.T.: I942 Raison de S.T. : Fibrome
Intervalle libre : I4 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 3-5-I956 pour métrorragies depuis janvier I956. - II-5-56: intervention. - I6-8-56: Récidive locale- Induration du fond vagin. - En septembre I956: Urée sanguine: 3 à 5 gr/litre oligurie. - Ded le 22 septembre I956.	I3-5-56 : Pièce opératoire: Epithélioma basophile très fortement invasif. Bourgeons K dans les vaisseaux lymphatiques. I6-8-56 : F.V. Cellules - Fibres.	II-5-56: Intervention chirurgicale Adhérences multiples Libération du moignon difficile Cervicectomie et résection partielle de la vessie.

ANNEE I956 - Obs. n° 2
Mme H.A. ... 46 ans

Parité : (3 F.C. provoquées
(2 Acc. normaux
(1 G.E.U. Salpingectomie D

Date de S.T.: I945 Raison de S.T.: Fibrome
Intervalle libre : 10 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Avril I955 : Métrorragie provoquées puis spontanéés. - 11-I0-55: Gros col dur - Métrorragies abondantes avec caillots. - I5-I0-55: Intervention - Mars I956: Reprise métrorragies Cicatrice vaginale indurée. Masse dure de la cloison recto-vaginale, fixée à D. - I8 Mars I956: Ré-intervention. - I4-Avril 56: Métrorragies jusqu'au 29 Mai. - Mai-Juin 56: douleurs sciatiques-masse ligneuse recto-vaginale. - Octobre I956: Masse résorbée- douleurs intolérables. - Novembre 56 : métrorragies - bloc ligneux - douleurs ++- anurie - urée sanguine 2g,40 - Dcd. 23 Nov. I956	Biopsie : I-I0-55 Epithélioma baso-cellulaire invasif. F.V.: classe V I8-3-56: Pièce prélevée Epithélioma épidermoïde peu différencié.	I5-I0-55:(Pr Funck Brentano) Cervicectomie élargie à la Wertheim avec adénectomie iliaque. I8-3-56 (Dr Robert) Ré-intervention- Prélèvement du noyau induré - Infiltration d'Au I98. 28-3-56: Au I98: 20 Cm dans 4 cc de solution. Avril 56: RX endo-virginale Mai 56:Largactil-Hydrocortisone RX péri-pelvienne I2 octo.56 (P. Funck Brentano) Sympathectomie pré-sacrée.

ANNEE I956 - Obs. n° 3
Mme CA... 42 ans

Parité (4 Acc N.
(3 F.C. curettées

Date de S.T.: Novembre I954
Intervalle libre : I an

Raison de S.T.: Métrorragies d'avril à juin I954

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte en Novembre I955 - A eu des traitements hormonaux- Benzo-gyneestryl "5" - 4 injections depuis sa ST en I954 Moignon gros, dur mobile et indolore. - Colposcopie: cratère à brods indurés de la commissure G - T.R.: Paramètre G. indurée - I7-II-55: Pr F.B.: col fixé - ligament utéra-sacré G pris - stade II-III - Métrorragies importantes pendant la cure de Rd (2 au 5 décembre I955) - I7-I2-55: amélioration apparente du bloc induré et du cratère. Rectum vagin souples. -8-2-56: Dr ROBERT - Atrophie importante col non visible - bloc ligneux propagé la vessie et rectum.	5-11-55 : F.V.: Cl V I2-II-55: Biopsie du cratère: Epithélioma Baso-cellulaire invasif	22-11-55: Rd Sonde-bouchon: 20 mgr 8 jours 7-I2-55: Colpostat: 20 mgr 8 jours

ANNEE 1956 - Obs. n° 4
Mme PIS... 44 ans

Parité: (1 Acc. n.
(1 F.C. non curettée

Date de S.T.: janvier 1956
Intervalle libre: 10 jours

Raison de S.T.: fibrome et pyo-salpinx D.

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte décembre 1955 pour métrorragies depuis Nov. 55? - Gros utérus. - Col: zône de remaniement atypique. - HSG: 24-12-55: hydrosalpinx D. Utérus fibromateux. - ST : 5-I-56 - Reprise hémorragies le 16-I-56 - Ré-intervention le 19-I-56. - 4-3-56: bourgeon dôme vaginal - 10 juin 56: cicatrisation parfaite - 14 janvier 57: A pris 9 kg localement ras	F.V.: 26-12-55 dysplasie active Piece opératoire: 5-I-56 Endocol: dysplasie suspecte de transformation avec réaction inflammatoire. F.V.: 13-I-56: Cl V Pièce opératoire: col restant. 19-I-56: Epithélioma intra-épithélial avec pénétration glandulaire. F.V.: 4-3-56: inflammation	5-I-56: ST avec annexectomie bilatérale et conisation de l'endocol. 19-I-56: amputation du col restant par voie basse extra-péritonéale.

ANNEE 1957 - Obs.n° 5
Mme LON... 26 ans
Parité : 2 acc. N.
Date ST : octobre 1956
Intervalle libre: 4 mois

Raison de S.T.: Fibromes et kystes "goudrons" des ovaires.

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 21 oct. 56: Méno-métrorragies depuis 2 ans. - Corps utérin gros, douloureux. - Col "irrégulier" - Opérée le 25 octobre 56: ST sans conservation pour fibrome et kystes "goudrons" des ovaires. - 18 février 57: Polype lèvre antérieure du col restant. - 22 aout 57: Electro-coagulation du col restant - Schiller + - 5 sept.57: Ré-intervention - 28 Oct. 57: cicatrisation parfaite - 6 oct. 58: Ex-gynécologique N.	-Pièce opératoire: 25 Oct.56 Fibrose utérine. Polype à large base d'implantation. Biopsie: 22 aout 57: Epithélioma avec invasion glandulaire. F.V.: 26 aout 57 classe III Pièce opératoire : 5-9-57 Epithélioma intra-épithélial avec anomalies - Mitoses nombreuses. F.V.: 14-10-57 et 3-2-58 Cl.II FV : 6-10-58 - classe I	5-7-57: Amputation du col restant et ablation d'une large colleretto vaginale.

ANNEE I957 - Obs. N° 6
Mme PEZ... 5I ans
Parité : Nullipare
Date de ST: I935 Raison du ST: Kyste de l'ovaire
Intervalle libre 22 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 2I sept.57 pour métrorragies provoquées par le coït depuis juillet I957 - Petit col conique. A la colposcopie: commissure D. - Vaisseaux nombreux: 2 zones IN - 24-I0-57: Atrophie vagin et vulve - Zone IN à contours nets - Stade II - 29-I0 ou 5-II-57: cure de Rd - I8-I2-57: Dr ROBERT.Zone denécrose et accolement moitié supérieure du vagin - continuer la radiothérapie. - Janvier-Février I958: radiothérapie endocavitaire. - 3-6-58: col en bon état-Paramètre Ginfiltré - I6-9-58: col sain-TR satisfaisant - I8-II-58: Induration cd rc gauche	Biopsie: 2I-9-57 Epithélioma basocellulaire invasif. F.V.: 2I-9-57 classe IV	Radium: 29-I0-57 Sonde 10 mgr Bouchon 10 mgr colpostat 20 mgr pendant 7 jours I6-I I8/2/58 Radiothérapie endocavitaire 6000 r Avril-Mai I958 RX périphérique : I4.000 r

ANNEE I957 - Obs n° 7
Mme DAN... 5I ans
Date de ST I933 Raison de ST : Annexite bilatérale
Intervalle libre : 23 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Métrorragies depuis I956 - Consulte le 24 juin I957: bride vaginale - 8 octobre I957: état local N - 24 juin I958 : R. à S. - Douleur de l'aine D.	Biopsie: 24 juin 57 Epithélioma invasif au début Biopsie : 4 sept 57 dysplasie basale régulière	9 juillet I957: Radium sonde 10 mgr bouchon I0 mgr colpostat 20 mgr 7 jours

ANNEE I957 - Obs. N° 8
Mme LET... 70 ans
Date de S.T.: I927 Raison de S.T. : Fibrome
Intervalle libre : 30 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Hospitalisée le 28 oct. 57 pour métrorragies indolores peu abondantes depuis juillet 57 (3 mois) - col friable, mou, bourgeonnant. - 4 avril I957 : Masse saignante, bourgeonnante au fondd'un vagin scléreux, atrophique. - cure de Rd et Rx endocavitaire - Ier mars I958: hospitalisée à Bicêtre pour hémiplégie G et paralysie faciale	Biopsie : 28 oct. 57 Epithélioma baso-cellulaire invasif. II Fév. 58 : FV classe II	4 Nov. 57: RX endocavitaire: 10 séances de 600 r 3 déc. 57 Rd sonde 10 mgr bouchon 10 mgr 7 jours I9 déc. 57 Bouchon vaginal 10 mgr 5 jours

ANNEE I957 - Obs. N° 9
Mme J.C... 53 ans

Parité: (2 acc. N.
(1 FC spontanée curettage

Date de ST : I953 Raison de ST: Fibrome
Intervalle libre : 4 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le I8 Oct. 57: col mobile Zone IN péri-orificielle. - Colposcopie: "atypie hypervascularisée - 29 oct. au 5 Nov. 57: Radium - 7 fév.58: RX endocavitaire - 4 mars 58: cordes iléo-sacrées au TR - I Juil.58: a maigri de 8 Kgs Syncopes douleurs - lombes - Examen gynécologique N. - Oct. 58: cystite - Nov. 58: rectorragie	Biopsie: I8-I0-57: Epithélioma baso-cellulaire invasif - endocol envahi FV : I8-I0-57: classe V FV : I-7-58 : classe II FV : 28-I0-58 : classe II	Radium: 29/I0/58 -sonde 10 mgr -bouchon 10 mgr -colpostat 20 mgr Février I958:RX endovaginale 10 séances (6000)

ANNEE I957 - Obs. n° 10

Mme MIL... 55 ans
Parité: nullipare
Date de S.T.: I935
Intervalle libre : 22 ans

Raison de S.T.: Fibrome

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 27 juin I957: Métrorragie depuis 1 mois , sang rouge peu abondant. - Ulvération du col, saignant. - T.R.: infiltration paramètre D - Radium: juillet 57	Biopsie : 27-6-57: Epithélioma épidermoide parakératosique	Radium: 4/6/57 colpostat 20 mgr 7 jours

ANNEE I957 - OBS. N° II
Mme ALA... 44 ans
Date de ST: I952 Raison de ST: Endométriose
Intervalle libre: 2 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 5 nov. 57 pour métrorragies provoquées par toilette et rapports depuis I954. - 26 Nov. 57: Stade I - hystérométrie:2cm5 - Déc.57 : radium - 5 déc.57: TR: induration du c-d sac gauche. - 4 février 58: Pas d'induration gauche - 3 mars I958: a saignée par fistule d'éventration.	F.V: 5 Nov.57 classe IV Epithélioma malpighien moyennement mature. Biopsie: I7 Nov 57 Epithélioma malpighien moyennement mature, invasif (Dr De Brux) FV: 7 Déc.57:classe II	Radium :28 Nov.57 Sonde 10 mgr Bouchon 10 mgr 7 jours IO Déc. 57 Colpostat 20 mgr 7 jours I8 Fév. 58 RX endocavitaire (1 séance) la malade n'a pas supporté ce traitement.

ANNEE I957 - Obs. N° I2
Mme CRE... 43 ans
Date de ST : I945
Intervalle libre: I2 ans Raison de ST: Hydro-salpinx bilatéral.

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte: 4 avril 57 Métrorragie après rapports - Hystérométrie impossible. Ulcération du col restant. - TV: cul de sac gauche rétracté - I7 Avril 57: ulcération postérieure - 24 avril 57: stade I apparent -2I mai 57: col normal radio-mucite - I0 juin 57 : moignon mobile - paramètre gauche peu souple. - 8 oct.57: coulée ligneuse paramètre gauche... - I7 déc.: bourgeon péri-orificiel - 24 Juin 58: Examen gynécologique N - Oct.58: examen gynécologique RAS	24 aout 58: graphie poumon. Adhérences pleuro-péricardiques Urographie I-V: Uretère lombaire D invisible. I7 sept.58 : FV Classe II Modifications post-curiéthérapiques. I7 Déc.57 : biopsie Zone de remaniement Pas de mitose FV : 7 juil.58 classe II	Radium: 5 avril 57 colpostat 20 mgr 7 jours. I7 avril 57: bouchon oblique grande taille I0 mgr 7 jours Juin I957: RX endocavitaire: 6000 r 25 Juillet 57: sonde 10 mgr - 7 jours. Septembre I958: RX péri-pelvienne I2.000

ANNEE I957 - Obs. N° I3
Mme MER... 47 ans
Date de ST: janvier I956 Raison de ST: Endométriose
Intervalle libre: I an et 10 mois

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Hospitalité en sanatorium depuis mars 57 pour exérèse sommet droit. - Oct. 57: Métrorragie et douleurs hypogastriques - bourgeons néoplasiques Stade I. - Hospitalisée à Broca. - 20 Oct. 57: Cure de Radium - I3 janvier I958 : col N, mobile - Ulcération latéro-vaginale gauche - 28 octobre 58: col N - I6 déc.58: urines troubles lombalgies - I3 janvier 59: examen gynécologique:RAS	Biopsie: Oct. 57 (Pr. DELARUE) Epithélioma épidermoïde indifférencié. F.V.: 28 Octobre 58 Classe II	Radium: 28 oct. 57 Bouchon (tombé) Colpostat 20 mgr 7 jours I2 Nov. 57 : Bouchon 10 mgr 7 jours Janvier 58: RX endocavitaire 6000 r Mars 58: RX péripelvienne Cortancyl

ANNEE I958 - Obs. N° I4
Mme AU.... 39 ans
Parité: 2 césariennes dont la dernière suivie de la S.T.
date de la D.T.: I939
Intervalle libre: I8 ans Raison de la ST: non mentionnée

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte: 29 Mai 58 Métrorragies spontanées depuis mai I957, indolores. - I6-5-58: grosse végétation saignante du col restant. - 29 Mai 58: stade II Col hypertrophié; végétations friables de la lèvre antérieure. Polype cervical. - Juin 58 : traitement par radium - I8 aout 58: col N - 9 sept.58: douleurs mollets, plante des pieds - obésité et insuffisance ventriculaire. Examen gynécologique normal - I4 oct.58: lombalgie cystalgies - 3 fév. 59: examen N.	Biopsie: I6-5-58 Epithélioma baso-cellulaire invasif. Noyaux très volumineux. I7 sept.58 FV Classe II Aspect de modifications post-radiothérapiques.	Radium: 5 juin 58 sonde 20 mgr bouchon 10 mgr 7 jours I7 juin 58: colpostat 20 mgr 7 jours Septembre 58: RX endocavitaire 6000 r

ANNEE I958 - Obs. n° I5
Mme MA ... 60 ans

Parité : nullipare
1 F.C. provoquée, curettée

Date de la S.T.: I927 Raison de la S.T.: salpingite
Intervalle libre: 3I ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Juillet 58 : Métrorragies post-coïta- - Aout 58: Métrorragies spontanées col bourgeonnant saignant au contact polype du méat urétral. - 23 sept.58: hospitalisée à Broca Stade III - paramètre G. pris jusqu'à os iliaque - Oct. 58: traitement par Radium I8 Nov.58: bloc dense pelvien paramètre D. également pris	Biopsie: 4 sept.58 Epithélioma épidermoïde peu mature, très envahissant sans stroma-réaction F.V.: 10 sept. 58 rares noyaux nus de grande taille - atrophie ou cancer ? Biopsie: 22 Sept.58 Epithélioma baso-cellulaire invasif Nombreuses mitoses anormales.	Radium: 30 sept.58 sonde 10 mgr bouchon 10 mgr 7 jours I4 Octo.58: colpostat 20 mgr 7 jours

ANNEE 1958 - Obs. N° I6
Mme RO... 38 ans
Parité 3 acc. N.
Date de la S.T.: 3I/I/57 Raison de la S.T.: Fibrome
Intervalle libre: 4 à 6 mois

Clinique	Laboratoire	Traitement
- 2 mois après la ST de janvier 57: leucorrhées. - 6 mois après (Juin 57): métrorragies provoquées par toilette et coït. Indolores-minimes. - Hospitalisée à BROCA le 16/7/58 col un peu gros, saignant au contact. Zone IN à contours nets. - Juillet-aout: radium RX zone péri-orificielle rouge - Ré-intervention (D. ROBERT) le 4-IC-58 - I9 Nov.58: cicatrice N. vagin court 6 cm pas de pertes - 25 Fév.59: atrophie vaginale - TV et TR: N	Pièce opératoire de ST: Fibrome non dégénéré F.V.: mars 57 classeII F.V.: 28-6-57: dysplasie irrégulière sur un ectropion. Biopsie: (par le médecin traitant) "polymitose du col restant" Pièce opératoire du 4-IO-58 (MORICARD) Pas d'épithélioma en activité	Radium: 22-7-58 colpostat 20 mgr 7 jours Aout-sept.58 : RX endocavitaire 6000 r 4-IO-58: cervivectomie élargie col restant facile à repérer. Non adhérent

ANNEE 1958 - Obs. n° I7
Mme ANT... 70 ans

Parité: 3 acc. N
2 FC provoquées curettées

date de la ST : 1938 Raison de la S.T.: Fibrome
Intervalle libre : 20 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Consulte le 24 juillet 1958: Métrorragies depuis juin 58 Indolores, nocturnes, post-coïtales. Bourgeons charnus du col saignant au contact, chou-fleur.de la lèvre inférieure du col. - 6 aout 58 : ulcération du col restant Infiltration du paramètre D Curiethérapie - 29 aout 58 : examen gynécologique N - 24 Fév.59 : examen gynécologique N	Biopsie: 24 Juil. 58 Epithélioma baso-cellulaire invasif. F.V.: 24 Juil. 58 classe V	Radium : 9 aout 58 sonde: 10 mgr colpostat: 20 mgr 7 jours Oct. Nov. 58: RX endo-cavitaire 6000 r

ANNEE I958 - N° I8
Mme.BA... 54 ans
Parité: nullipare
Date de la S.T. : I95I
Intervalle libre: 5 ans

Raison de la S.T.: K.O. Droit fissuré et végétant

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Métrorragies depuis Oct. 56 et pertes rosées depuis juin 56. - 2I déc.56: col gros, congestif. - janvier 57 : col hypertrophié dans moitié D et rétracté dans moitié G. - I5 février 57 : Ré-intervention - 27 fév. 57: cicatrice vaginale saigne	F.V.: 2I déc. 56 cellules superf. 60% Endocol: ménopause avec hyperplasie non suspecte. F.V.: 28-I-57 négatif	I7 Fév.57: ablation du col restant par voie vaginale. Végétations molles entre vessie et col. Fév.57: Radium

ANNEE 1958 - Obs. n° 19
Mme CH... 55 ans
Parité : nullipare
Date de la S.T. : février 1954
Intervalle libre : 2 ans

Raison de la S.T. :
- ovaire D irrégulier et induré
- rétroversion avec col sain
Schiller positif.

Clinique	Laboratoire	Traitement
- Juin 55 : col restant infecté- métrorragie. - janvier 56 : Métrorragie importante col irrégulier, saignant en contact. - Fév. 56 : Ré-intervention	F.V. : 19-I-56 Très nombreuses cellules fibres et cellules para-basales à gros noyaux irrégulier, très chromatiques. "Epithélioma épidermoïde peu différencié et envahissant"	Fév.56 : ablation du col restant Mars 56 : Radium 30 séances de cobalt 60

Obs. n° 20
Mme MUR... 53 ans
Date de la S.T.: I942 Raison de la S.T.: Fibrome
Intervalle libre: 7 ans
Survie après le diagnostic de K: 6 ans

Clinique	Laboratoire	Traitement
- En Mars 48 : zones suspectes du col restant. - Avril 48 : électro-coagulation - I6 sept.49: métrorragies post-coïtales ulcération de lèvre supérieure du col saignant au contact radium puis chirurgie - I9 mars I950: cicatrice vaginale saigne T.R. : N - Juillet 50 : induration de la cicatrice vaginale et du rectum - réctorragie D;c.d. en I954	Mars I948: biopsie négative (fondation Curie) Biopsie: sept. 49 positive	- Radium et RX à la Fondation Curie en Janvier 50 - ablation du col restant.

C O N C L U S I O N S

1 - Le cancer survenant sur un moignon de col utérin après hystérectomie subtotale, est relativement fréquent :
2 à 6 % des cancers du col en général.

2 - Bien qu'arbitraire, l'intervalle sain de trois ans permet de distinguer :
- les FORMES PRECOCES ou cancers restants du col, que l'on peut considérer comme une erreur d'indication opératoire, le néoplasme existant déjà lors de l'intervention.
- les FORMES TARDIVES ou cancers du col restant, qui sont, soit une cancérisation primitive du moignon, soit une récidive d'une lésion maligne ancienne.

3 - L'association FIBROME-NULLIPARITE se retrouve souvent dans les antécédents.

4 - Tout chirurgien se proposant de faire une hystérectomie subtotale, doit, auparavent, examiner minutieusement le col utérin : Inspection , TEST de SCHILLER, COLPOSCOPIE, FROTTIS de DEPISTAGE, et, au besoin, HYSTEROGRAPHIE et BIOPSIE.

Cet examen pré-opératoire dépistera :

a) les lésions malignes associées au banal fibrome, cause la plus fréquente des subtotales.

b) les cancers du col latents, qui auraient formé le contingent des formes précoces.

c) les CERVICITES et les DYSPLASIES du col. Dans ce dernier cas il faudra se résoudre à faire une TOTALE, le col malade pouvant être un point d'appel du cancer à plus ou moins brève échéance.

5 - La Néoplasie est le plus souvent dépistée à un stade tardif. L'EXAMEN PERIODIQUE des opérées de Subtotale pourrait améliorer ce fait. Il est rarement réalisable.

Tout Praticien ayant à examiner un col restant devrait au moins pratiquer l'inspection au speculum et le test de SCHILLER.

6 - Dans l'ensemble, près de la moitié des femmes atteintes de cancer du col restant, meurent dans les cinq ans après le diagnostic. Les moyens et indications thérapeutiques sont, à peu de choses près, les mêmes que pour le cancer du col en général.

Le traitement des formes précoces est plus décevant que celui des formes tardives.

Vu, le Président de Thèse,
P. FUNCK-BRENTANO

Vu, le Doyen de la Faculté,
L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

I°/ - THESES -

PEYRE	Thèse de Toulouse	I927	N° 23
SOURD	Thèse de Lyon	I930	N° I24
MEVEL	Thèse de Bordeaux	I93I	N° I9
LEVITTE	Le cancer développé sur le col après subtotale Thèse de Lyon	I937	N° 55
BANSE	Thèse de Paris	I936	N° I43
COLLIN	Le cancer du col restant après subtotale Thèse de Nancy	I940	N° 34
PETYT	Thèse de Lille	I939	N° 67
GASSENC	Thèse de Montpellier	I942	N° 67
GRADET	Thèse de Nancy	I943	N° 26
JUGOND	Thèse de Paris	I949	N° 50

BOUCARON (Félix) Contribution à l'étude du cancer du col restant.
Thèse de Marseille 1955 N° I

GOMEZ-GOMEZ (I) (Colombie) Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale.
Mémoire pour Assistant Etranger 1955
A.E. Vol 118 (29)

VOLET (B) (Lausanne) Le cancer du col restant et le cancer du vagin après subtotale et totale.
Mémoire pour Assistant Etranger 1955
A.E. Vol 124 (84)

2°/ - PUBLICATIONS -

BAUD J. (Mlle) Les résultats de la radiothérapie (curiethérapie et roentgenthérapie) de 124 cas de cancer du col restant traités à la Fondation Curie de 1919 à 1944 inclus.
Bull. Ass. Franc. Et. Cancer 1952 39 N° I
100 - 104 I tableau

BEHNEY Ch. Carcinoma of the cervix after supravaginal hysterectomy.
Am. J. Obst. Gynec. 1940, 40, 780

BELLOMO V.J. Cancer du moignon cervical.
Prensa med. argentina I957 44 N° 44
3222 - 3235.

BLACK M.E. Cancer du moignon cervical.
Surg. Gyn. Obst. Mai I939 68 N° 5 898-902

BLANCHAR D.O. Cancer du moignon cervical.
Ann. Brasil. Gin. Obst. Juin I952 I7 N° 6
353 - 360.

BOLLO I. et de la COLLINA C. El. Dia Medico I940 I2 2II -

BONNAL De la fréquence du cancer du col restant
Revue Frse de Gyn. Obst. Décembre I937 P. 868.

CAMARA A. Revue Gyn. Obst. Novembre I95I 45 N° 5
702 - 709.

CARTER B. Adénocancer du col et moignon de col restant
Am. J. Obst. Gyn. Janvier I949 57 N° I

CHEYNEL J. Cancer du col restant après hystérectomie
conservatrice pour fibrome.
Mém. Acad. Chir. I950 76 N° I4-I5 462-463

CHILESE R.V. et BERTUCCI de LOZZIO C. Tumeurs malignes du moignon
cervical.
Prensa med. argent. I958 45 N° 3 284-29I

CHOSSON J. A propos d'un cancer du col restant
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. I958 I0 N° I 59-60

CLERCX L. Le cancer du col restant après subtotale
Acta Chir. Belg. I95I 50 N° 9 6I9-620

COLONNA M. Clin. Ost. Gin. Déc. I955 57 N° 6 337-343
(Résumé français)

COSTOLOW W. Le cancer du moignon cervical - Radiology,
Janv. I949 52 N° I 4I-45

COSBIE W.G. Cancer du col après hystérectomie supravaginale
Am. J. Obst. Gyn. I949 5I N° 6 75I-57

COTTE Revue Frs. Gyn. Obst I939 P. I6I-I72

COUTINHO A. Cancer du col restant
Am. brasil. Gin. Fev. I955 39 N° 2 65-74
(Résumé français)

CRAWFORD J. Le moignon cervical - analyse de I23 cas
Surg. Gyn. Obst. I949 88 N° 4 465-472

CREADICK R.N. Cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. Mars I958 75 N° 3 565-574

CRON et HOSLER J. Sarcome du col restant
Zbl. Gyn. Juillet I957 79 N° 27 I056-I059

DARGENT M.A. A propos des tumeurs cervicales après subtotale Epitheliomas restant du col et épithelioma du col restant
Lyon Chir. I950 45 N° 7 827-836

DECKER D.G. - HUNT A.B. - FRICKE R.E. et NELSON Le cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. Mai I957 73 N° 5 974-984

DIDDLE M.V. - ASHWORTH
Am. J. Obst. Gyn. I935 29 370

DI PAOLA G. et FERRO V.E.
Prensa med. argent. JUIN I954 4I N° 24 I660-I666

DONNELLY G.C. et BAULD W.A. Hystérectomie totale et cancer du moignon cervical
J. Obst. Gyn. British Emp. Dec. I949 56 N° 6 97I-975

DOR Le cancer du col restant
Marseille Médical Nov. I932 - 80 pages

DOUTRE - MURET - LEGER H. Cancer du col restant (association de formes intra-épithéliales et invasive)
Bordeaux Chir. Juil. I956 N° 3 I77-I78

DUCUING La Sc. Méd. pratique Juin I937 N° 6 P. II6

FINK W. Zbl für Gyn. Mai I957 79 N° 20 P. 782-789

FRICKE R.E. et DECKER D.G. Les résultats éloignés de la radiothérapie du cancer du moignon cervical
Am. J. Roentgenol Janv. I958 79 N° I 32-35

GRAFF E. (Von) Cancer of the cervical stump following subtotal hysterectomy
Am. J. Obst. Gyn. I934 28 I8

HAHN G.A. Causes du retard dans le traitement du cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. I956 7I N° 2 4I3-420
IO Tableaux

HARRIS J.H. et PETERSON P. Conisation par ciseaux à froid et cancer du col restant préenvahissant.
Am. J. Obst. Gyn. nov. I955 70 n°45 I092-I099

HEALY W et ARNESON N. Am. J. Obst. Gyn. I935, 29 370.

HEINS H. et PRATT-THOMAS H.R. Int. Surg. Dig. Oct. I95I 52 n° 4 2I5 - 2I7

HENRICKSEN E. Le moignon cervical restant.
Am. J. Obst. mars I939 37 n° 3 452-457

JEANNENEY et CHAVANNAZ Bull et Mém. Soc. Nat. de Chir. I926 52 II, 333

KAPLAN S. et RADICE J.C. Prensa méd. argent. I950 37 n° 48 2954-2957.

KELLEY A.J. et BRAWNER D.L. Expérience acquise au Savannah Tumor clinic. sur le cancer du moignon cervical
Am. J. Obst. Gyn. Oct. I953, 66, n° 4, 7II-7I7

KRAUSSOLD E. La fréquence des cancers du moignon cervical et les resultats de leur traitement de I938 à I950 à la clinique gynécologique universitaire de Berlin - Zentrelhlatt fün gynokölogie Mars I957 79 n° I3 497-5I0

LABEY G. J. Chir. I932 39 , 64I

LABORDE S. Bull. Soc. d'Obst. I935 24 n° 7, 446

LACHMANN A. Cancer du moignon cervical Acta Obst. gyn. scand. I950, 30, n°2 p.I69-I85

LAMARQUE P. et BETOULIERES P. Le cancer du col restant (A propos de 9 cas observés à la clinique Curie - Montpellier) Bull. Ass. Franç. Et. Cancer I943 3I n° 3, I95-I99

LEFEBVRE et GOUZI Rewue franc. gyn. obst. avril I937, 32 n° 4 p. 256-273

MAC MORRIS J. et MEIGS J.V. Surg. Gyn. Obst. I950 90, I35

MEIGS J.V. Subtotal total hysterectomy Am. J. Obst. Gyn. I936 3I 368

MORICARD R. Cancer du col au satde 0 - Gyn. et Obst. I955 54 , 294

NIELSEN K. Cancer du col consécutif à une hystérectomie supracervicale - Acta radial. I952 37 n° 3-4 335 - 340

PEREIRA E.D. Cancer del Murion cervical Ann. Inst. Méd. Exper. I949 I-9I

PINTO A. Semana méd. Déc. I949 56 n° 29I9 II3I-II34

PONTHUS P. et ROCHER P. Le cancer du col restant et de la cicatrice vaginale après hystérectomie Bull. Ass. Franç. Et. Cancer I944 32, n° 1

POU de SANTIAGO J. Arch. Obst. y Gyn. de Montevideo I943 2, I39

OKINCZYC J. Gyn. et Obst. I933 2 2I5

REDMAN T.F. Le cancer du moignon cervical. Rapports avec parité. Proc. Roy. Soc. Med. Juin I952 45 N° 6 33I-334

SAEGESSER F. Gynaecologia Fév. I947 - I23 n° 2

SCHEFFEY Journ. Am. Méd. Assoc. sept. I936 11 p. 837

SCHRIMPF H. Zbl g. Gyn. I956 78 n°8, 289

SCOTT J.W. et BLAKE T.F. Un cas rare de cancer du moignon cervical (cancer par projection) Am. J. Obst. Gyn. déc. I956 72 n° 6, 1186

SEJOURNET Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris I935 27 p.599-6II

SIDDALL R.S. et MACK H.C. surg. gyn. obst. I935 60

STOLTZ H. Ann. brasil. Gin. oct. I950 I5 n° 4, 307

SUIRE P., LAFITTE H. et DARBUT J. La colpo-hystérectomie élargie par voie combinée à deux équipes (technique d'AMELINE) pour le cancer du col restant. Lyon chir. oct. I95I 46 n° 7 882-884

TESAURO G. Gyn. et Obst. I928, 18 , 228

ULLERY J.C. et BISCA B.V. Am. J. Surg. sept. I958 96 n° 3 360-364 8 tabl.

UARA et PAAVO Acta Obst. Gyn. Scand. I945 25 suppl. II, 3I8 (en anglais)

VERGOZ C. Une observation de cancer du moignon cervical traité par roentgenthérapie transvaginale. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obt. I953, 5, n° 2, I66

WARD J.G. Am. J. Obst. Gyn. I94I, 4I, 360

WOLTER F. Le problème du cancer du col restant
Zbl. f Gyn. aout I958, n° 32 I237-I242

YOUNG H.A. et JONAS A.F. Chirurgie combinée à l'irradiation dans le traitement du cancer du moignon cervical
Surg. Gyn. Obst. mars I953, 96, n° 3 288-294.

ZUCKERMANN C. Acta ginec. I954 5 n° 2 p. 111-I22

Rapports du 57° Congrès Français de chirurgie Paris I955

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. de langue Francaise Tome 4 n° 1 bis
I952 (I5° congrès de Gyn. et d'Obst. d'Alger I952)

Semaine des Hôpitaux Nov. I956, n° 65, p. 3408

Annales de chirurgie juillet I955 n° 7
juin I956 n° 6
octobre I956 n° 10

TABLE DES MATIERES

I - INTRODUCTION ..... PAGES I

II - HISTORIQUE:..... 3

III - ETUDE COMPARATIVE DES CRITERES DU CANCER DU COL RESTANT 6

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE I7

V - PROPHYLAXIE 24

VI - TRAITEMENT DU CANCER DU COL RESTANT ET RESULTATS 44

VII - OBSERVATIONS 50

VIII - CONCLUSIONS 72